

PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO ┌

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CAMBIO DE SERVICIOS LIMITADOS A

BENEFICIOS COMPLETOS

└

(COUNTY STAMP)

┌

└

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Distrito: _____

Esto afecta a: _____

(Nombres)

A partir del _____, usted reúne los requisitos para recibir todos los servicios cubiertos por el Programa de CMSP, en vez de los servicios limitados al tratamiento de una condición médica de emergencia. Este cambio en los beneficios es debido a que:

- Usted es un extranjero que reúne los otros requisitos para recibir beneficios de CMSP que ha declarado una situación migratoria satisfactoria para propósitos de CMSP.
- Usted es un extranjero que reúne los otros requisitos para recibir beneficios de CMSP, que ha proporcionado pruebas razonables de situación migratoria satisfactoria para propósitos de CMSP.
- Usted es un extranjero legalizado, en conformidad con las secciones 210, 210A, o 245A del Decreto de Inmigración y Nacionalidad.

SIEMPRE PRESENTE SU TARJETA DE PLÁSTICO A SU PROVEEDOR MÉDICO CADA VEZ QUE NECESITE OBTENER CUIDADO. Esta tarjeta es válida mientras usted reúna los requisitos para recibir beneficios de CMSP.

- Puesto que sus ingresos exceden la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar u obligarse a pagar una parte de costo de su cuidado médico. Su parte del costo es de \$_____ a partir del _____.

Su parte del costo se calculó de la manera siguiente:

Ingresos brutos	\$ _____
Ingresos netos que no son exentos	\$ _____
Ingresos necesarios para mantenerse	\$ _____
Ingresos en exceso/parte del costo	\$ _____

Esta acción la exige la(s) siguiente(s) sección(es) del Código de Ordenamientos de Título 17, California: 1498 et seq.

Trabajador(a) de Elegibilidad

Teléfono

Fecha

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO